

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

1487

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre BEAU

Né le 15 Novembre 1914 à Albertville (Savoie)

**De la fréquence actuelle
des présentations de l'Épaule**

Président : COUVELAIRE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

7841

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre BEAU

Né le 15 Novembre 1914 à Albertville (Savoie)

De la fréquence actuelle des présentations de l'Épaule

Président : COUVELAIRE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAYE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

VI. — AGREGES| CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS.

A MA SŒUR, A MON FRÈRE.

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur A. COUVELAIRE,

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine de Paris,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. En témoi-
gnage de mon respectueux attache-
ment et de ma reconnaissance.*

A MON COUSIN,

Le Docteur BERNARD VALLANCIEN,
Ancien Assistant de l'Hôpital Bon-Secours,
Assistant de l'Hôpital Beaujon,
Oto-rhino-laryngologiste,

*En témoignage de ma reconnaissance
pour ses affectueux conseils au cours
de mes études.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur COUVELAIRE,
Monsieur le Professeur Agrégé LARDENNOIS,
Monsieur le Docteur METIVET,
Monsieur le Docteur GERARD-MARCHANT,
Monsieur le Docteur WELTI,
Monsieur le Docteur MAURER,
Monsieur le Docteur BABONNEIX,
Monsieur le Docteur NICAUD.

A MES CAMARADES D'ETUDES :

G. CHEVILLOTTE, J.-B. MATHIAS, R. BIJOUX,
F.-M. DEBUSSCHERE, J. BAILLY, A. DAVY.

INTRODUCTION

Le Professeur Pinard, en 1921, déclarait qu'il y a cinquante ans il ne se passait guère de nuit sans que l'interne de garde d'une Maternité ne fût réveillé par l'arrivée d'une femme en plein travail avec une présentation de l'épaule. Constatant la relative rareté de ces présentations observées dans son service à ce moment, il rapportait ces heureux effets aux consultations pré-natales instituées et développées sur son instigation.

A une époque où de multiples consultations sont mises à la disposition des femmes enceintes pour se faire visiter, particulièrement dans les centres urbains, il nous a semblé intéressant de noter la fréquence des présentations de l'épaule durant une période récente de quinze années, de 1920 à 1934, et de la comparer à celle d'une période précédente équivalente, c'est-à-dire de 1905 à 1919.

Et pour pouvoir tirer un pronostic, pour connaître la possibilité ou non d'une fréquence encore moins grande de présentation de l'épaule, nous avons recherché dans ces observations l'existence de cas où ni une malformation utérine ou du bassin, ni une malformation de l'œuf, ni une tare du fœtus n'auraient vraisemblablement pu empêcher une transformation de la présentation durant la gestation.

La présentation de l'épaule réalise une « impossibilité obstétricale », c'est-à-dire qu'elle ne permet pas une

évolution spontanée du fœtus, sauf en cas de macération ou de petitesse. On peut l'observer soit pendant la gestation, soit après le début du travail.

Différents moyens thérapeutiques s'offrent suivant le moment et les circonstances. Nous ne ferons que rappeler l'importance qu'ont prise les opérations césariennes durant ces vingt dernières années. Mais elles ne s'appliquent qu'à des situations bien définies, et nous insisterons sur l'intérêt des versions.

La version est une manœuvre consistant à changer la présentation du fœtus. On peut l'exécuter au cours de la gestation par manœuvres externes. En ce cas, la nouvelle présentation, siège ou sommet, doit être fixée par une ceinture entocique pour éviter les récidives et permettre ainsi un engagement en bonne position. Elle peut être aussi exécutée plus tardivement, au moment du travail, dans les conditions idéales de dilatation complète et de rupture tempestive des membranes, par manœuvres internes ou par manœuvres mixtes de Braxton-Hicks.

Mais l'expérience a montré que les versions exécutées au cours du travail étaient encore grevées d'une importante mortalité fœtale. La rupture des membranes peut se produire prématurément, avant tout début de travail, ou précocement, avant la dilatation complète, rendant difficile et périlleuse pour la mère la version, voire impossible. Ce sont ces cas « d'épaule négligée » qui sont surtout responsables de la mortalité du fœtus.

La version par manœuvres externes exécutée pendant les derniers mois de la gestation réalise donc le moyen idéal de transformation de la présentation de l'épaule. Elle présente encore différents aléas.

Il n'est pas toujours facile, en effet, de maintenir le fœtus « in utero » en bonne position, surtout en cas d'hydranios ou de certains utérus étalés de multipares. Le port d'une ceinture entocique doit être permanent, condition que l'expérience a montré comme n'étant pas toujours réalisée.

Il est d'autre part certaines malformations utérines ou du bassin, ou de l'œuf qui non seulement favorisent la présentation de l'épaule, mais empêchent la version par manœuvres externes.

Enfin le premier, et plus souvent le second fœtus des grossesses gémellaires se présente volontiers par l'épaule.

Nous verrons ultérieurement l'importance que prenant au point de vue prophylactique ces causes d'impossibilité de version. Ayant rappelé ces généralités de la présentation, nous envisagerons leur fréquence actuelle d'après une étude statistique.

ETUDE STATISTIQUE

Les observations des femmes accouchées à la Clinique Baudelocque entre les années 1905 à 1919 nous ont montré (Tableau I) que le total des présentations de l'épaule observées durant ces quinze années était de 158 sur 27.180 accouchements faits pendant ce laps de temps. On a donc observé en moyenne une présentation de l'épaule pour 172 accouchements.

Année	Présentation de l'épaule	Accouchements
1905	10	1.997
1906	4	2.159
1907	4	2.073
1908	2	2.207
1909	16	2.112
1910	17	2.023
1911	18	1.833
1912	9	1.668
1913	12	1.511
1914	14	1.608
1915	7	1.530
1916	8	1.543
1917	10	1.476
1918	10	1.596
1919	10	1.844
Total	158	27.180

Les observations des années 1920 à 1934 relatent la constatation de 146 présentations de l'épaule sur 39.031 accouchements. En moyenne, on rencontrait donc en cette période suivante de quinze années, une présentation de l'épaule pour 267 accouchées. (Tableau II.)

Année	Présentation de l'épaule	Accouchements
1920	7	2.279
1921	5	2.062
1922	9	1.630
1923	9	1.644
1924	4	1.880
1925	9	2.255
1926	8	2.298
1927	11	2.715
1928	10	2.604
1929	10	2.734
1930	22	2.769
1931	17	3.158
1932	11	3.253
1933	4	3.753
1934	10	3.997
Total	146	39.031

En résumé, les statistiques rapportent entre ces deux périodes une diminution d'observation de présentation de l'épaule égale à un tiers environ.

A quoi tient cette diminution de fréquence? Elle ne peut tenir qu'à la mutation de la présentation au cours

de la gestation, version par manœuvres externes que l'on exécute couramment actuellement dans les Centres de consultations pré-natales des Maternités.

Nous ne rappellerons pas les avantages sociaux multiples de ces consultations de femmes enceintes. Nous savons le rôle qu'elles ont joué dans la prophylaxie de la syphilis congénitale, leur rôle d'aide aux femmes enceintes par les centres d'assistance sociale qui leur sont adjoints, enfin le rôle important qu'elles peuvent jouer pour l'avenir de l'enfant par les conseils d'hygiène qui y sont donnés.

Mais surtout ces consultations pré-natales permettent un examen obstétrical de la femme : elles permettent de connaître les antécédents obstétricaux, de déceler chez les primipares une malformation du squelette ou de l'utérus, de vérifier, surtout au cours des derniers mois de la gestation, le bon engagement du fœtus.

Et c'est sur ce dernier avantage que nous voudrions insister.

La présentation de l'épaule, nous l'avons vu, est d'un pronostic grave — pour la mère puisque la mortalité est encore de 1.5% — mais surtout pour le fœtus, comme le montre la fréquence de fœtus macérés, d'enfants n'ayant pu être ranimés à la naissance, de prématurés de moins de 2.000 grammes. (Tableau III.)

	1905-1919	1920-1934
Mort-né.	34%	42%
Prématuré de moins de 2.000 grammes.	15%	18%

On constate même durant cette deuxième période de 1920 à 1934 une augmentation de mort-nés et de naissance de prématurés, et cela malgré les progrès qu'ont apportés les opérations obstétricales telles que les césariennes.

C'est dire l'intérêt des consultations prénatales pour dépister la présentation, la transformer, la maintenir et surveiller l'engagement du fœtus en bonne position à l'approche du terme de la gestation. Ces centres permettent de « prévenir pour ne pas avoir à guérir ».

ETUDE PRONOSTIQUE DE LA PRESENTATION DE L'ÉPAULE

La diminution des présentations de l'épaule constitue un très net progrès. Mais on est en droit de se demander s'il ne serait pas possible, devant la gravité de la présentation, encore actuellement, d'en réduire la fréquence.

Nous avons vu le rôle heureux que pouvait jouer les consultations — à la Clinique Baudelocque, les consultations, ou plutôt les consultantes, ont augmenté progressivement en nombre depuis 1924. (Tableau IV.)

Année	Consultantes
1926	5.229
1926	5.492
1928	5.993
1930	6.782
1932	5.779
1934	6.124

Mais, comme nous l'avons rappelé au début, il est des cas où, par malformation de l'utérus ou du bassin, la présentation est irréductible. Il est aussi des grossesses gémeillaires où très souvent le premier ou le deuxième fœtus se présente par l'épaule.

Nous avons recherché les observations rapportant une malformation utérine congénitale telle qu'un utérus uni-

corne, bicorne ou cordiforme, ou une tumeur acquise, telle un fibrome déformant la cavité utérine. Nous avons trouvé (1920-1934) 25 observations sur 146, soit 17%.

Il peut s'agir d'un bassin vicié — ce fut le cas (1920-1934) 13 fois sur 146, soit 8%.

Enfin dans 20 cas sur 146, soit 13%, il s'agissait de présentation de l'épaule du premier au deuxième fœtus d'une grossesse gémellaire.

Le total de ces présentations irréductibles par manœuvres externes constitue 38% des cas. Il ne faudrait pas conclure, d'après ces statistiques, que sur 100 présentations de l'épaule 62 auraient pu être transformées. Il est en effet des cas certains, rares toutefois, de placenta prævia, de brièveté du cordon qui étaient à l'origine d'une présentation irréductible. Plus fréquemment on trouve à l'origine un hydramnios, 5 cas sur 146, soit 4%, et surtout un utérus large, étalé, de multipares.

Sur 146 accouchements (1920-1934) nous avons relevé 115 multipares, soit 79%. Comme l'hydramnios, la multiparité prédispose à une mobilité exagérée du fœtus dans une cavité trop grande pour lui. Elle entraîne aussi par là une difficulté de la contention. Ces femmes doivent être examinées fréquemment durant les derniers mois de la grossesse et doivent s'astreindre au port continu de ceintures entociques serrées, après transformation de la présentation.

Enfin, le relevé des observations de 1920 à 1934 nous montre que dans 21% des cas la femme est entrée à la Maternité au cours de son travail, les membranes rompues prématurément ou précocement. Ces cas d'épaule négligée sont graves et se terminaient presque fatalement par une embryotomie sur un fœtus mort dans un utérus

rétracté. L'opération césarienne dans ce cas, suivie ou non d'hystérectomie, a pu amener une très sensible amélioration du pronostic de la mère et du fœtus — mais elle comporte encore une mortalité non négligeable surtout en présence d'une femme qui risque d'être déjà infectée, et opérée d'urgence.

Il vaut donc mieux, même en possession des techniques modernes d'opération s'adressant à des cas bien définis, diagnostiquer précocement la présentation de l'épaule pour pouvoir ou bien transformer la présentation, ou bien si la présentation est irréductible, intervenir précocement.

C'est pourquoi il nous semble important d'admettre dans les Maternités avant tout début de travail, à partir du 8^e mois environ, les femmes dont on a diagnostiqué à la consultation une tête tendant à fuir vers la fosse iliaque, à plus forte raison une position transversale du fœtus.

CONCLUSIONS

I. — La statistique des présentations de l'épaule observées à la Clinique Baudelocque, de 1920 à 1934, montre une définition de leur fréquence comparativement aux années précédentes.

II. — Ces heureux résultats sont dus à une augmentation des consultations prénatales durant ces dernières années.

III. — On observe encore trop souvent le cas des femmes arrivant en plein travail avec une présentation de l'épaule qui aurait vraisemblablement pu être transformée durant la gestation.

IV. — Il importe donc d'intensifier encore les centres de consultations prénatales et surtout de répandre dans le public l'idée de l'intérêt prophylactique que constituent pour la femme et l'enfant ces consultations.

Vu : *Le Doyen,*
TIF ENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bar.* — Thèse d'agrégation, 1886. Leçon de pathologie obstétricale.
- Bar, Brindeau et Chambrelent.* — Pratique de l'Art des Accouchements.
- Berger (S.).* — La présentation de l'épaule à la Maternité de Lariboisière. Paris, 1922-1931, n° 410.
- Ciando et Bona.* — Présentation de l'épaule : 5 cas (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, mars 1928).
- Couvelaire.* — Statistique des césariennes basses faites à la Clinique Baudelocque (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, nov. 1925).
- Dufour.* — Contribution à l'étude des présentations de l'épaule. Thèse de Paris, 1900.
- Farabœuf et Varnier.* — Versions par manœuvres internes dans les présentations de l'épaule. (Journal de Méd. et Chir., 1891).
- Gallais.* — Version spontanée de un cas de présentation de l'épaule (Revue Méd. Fr., décembre 1929).
- Lacomme (Maurice).* — Indications thérapeutiques dans les cas de présentation de l'épaule (Bull. Méd., suppl. au n° 14 : 7 avril 1934).

Leconte. — Thèse de Paris, 1904.

Rieb (M.). — A propos des présentations de l'épaule négligée. Clinique et thérapeutique (*Revue F. de Gyn. et Obst.*, août 1931).

Rheuter-Benoît. — Présentation récidivante de l'épaule à deux gestations successives dans un utérus cordiforme (*Bulletin soc. d'obst. et de gyn.*, mars 1932).

Wigand. — De la version par manœuvres externes, 1857.

